

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEGAL

Né le 17 janvier 1913, à Bouin (Vendée)
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

A PROPOS D'UN CAS
DE
LICHEN SCROFULOSORUM

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LEGAL

Né le 17 janvier 1913, à Bouin (Vendée)
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

A PROPOS D'UN CAS
DE
LICHEN SCROFULOSORUM

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SEZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique de dermatologie
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR YVES BUREAU

Professeur de Clinique dermatologique
Chef de Clinique dermatologique à l'Hôtel-Dieu de Nantes

*Qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre vive gratitude*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. SERRAND

Electro-radiologiste des Hôpitaux
Chef du Service de Radiologie à l'Hôpital Saint-Michel

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et en remerciement de ses précieux enseignements.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANTES

A PROPOS D'UN CAS DE LICHEN SCROFULOSORUM

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de Lichen scrofulosorum à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le Service de notre maître le professeur Yves Bureau, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation d'une maladie dont l'origine tuberculeuse est admise universellement aujourd'hui, mais dont la pathogénie est encore l'objet de discussions et hypothèses.

Dans ce travail nous nous proposons, après avoir rapidement passé en revue l'historique et établi sur le tableau clinique et l'anatomie pathologique les bases du diagnostic, d'insister plus longuement sur l'étiologie et la pathogénie, en nous efforçant après avoir discuté les différentes théories émises, de montrer le rôle probable du virus filtrant tuberculeux dans la genèse de la maladie.

Historique.

Cette affection entrevue par Bazin qui la rangeait parmi les scrofulides boutonneuses, étudiée ensuite par Moriz, Kohn, Kaposi, n'est guère bien connue que depuis Hebra. C'est lui qui en 1872, après avoir réduit le nombre des lichens à deux : le lichen ruber et le lichen scrofulosorum donna le premier une bonne description de ce dernier et affirma sa relation constante avec les diverses manifestations de la scrofulé.

L'école allemande suivit entièrement Hebra dans sa conception du lichen scrofulosorum, mais en France on tendit avec Besnier et Vidal à distraire cette affection du groupe des lichens pour en faire une folliculite pilo sébacée. Vidal développa cette opinion en 1889, devant le Congrès de Dermatologie et conclut que le lichen scrofulosorum dont certains éléments présentent quelquefois une pustule d'acné pileux est une folliculite pilo sébacée plutôt qu'un lichen.

Ce fut Jacobi, qui en 1891, au deuxième Congrès

de la Société allemande de Dermatologie décrivit la structure histologique de la papule du lichen des scrofuleux, formée selon lui de tubercules miliaires sans tendance à la caséification. Il arriva même à constater la présence d'un bacille tuberculeux, mais l'inoculation aux animaux resta toujours négative. Dès l'année suivante, Sack confirma les recherches histologiques de Jacobi.

A cette même époque en France, Hallopeau s'efforça de démontrer la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum. Barthélémy, Feulard, Leredde, Thibierge contribuèrent à éclaircir la question par leurs discussions et leurs travaux.

Darier, en 1896, classa le lichen scrofulosorum dans les tuberculides, terme désignant une synthèse de dermatoses jusqu'alors disparates, mais dont les liens avec la tuberculose étaient plus ou moins soupçonnés.

Jacobi, Pellizari, Haushalter sont parvenus ensuite à tuberculiser le cobaye par des inoculations de tissu pathologique. Pourtant la pathogénie des tuberculides restait toujours discutée et Hallopeau suivi par Boeck et Klingmuller émit l'hypothèse que les tuberculides ne sont pas causées par les bacilles de Koch, mais par leurs toxines, Haury, Darier pensaient que les tuberculides étaient dues à des bacilles de virulence atténuée ; Leredde, Zollikoffer, Jadassohn soutinrent ce point de vue.

En 1913, Jadassohn montra qu'il n'est pas nécessaire que les bacilles soient morts ou atténués, même

s'ils sont parfaitement vivants ils peuvent être détruits rapidement chez des sujets hypersensibilisés par une affection antérieure. Cette hypothèse paraissait confirmée par les travaux de Rist et Rolland sur la tuberculose pulmonaire et par les expériences de Gougerot et Laroche dont les résultats furent publiés en 1908 et 1912. La notion d'allergie conçue en 1907, par Von Pirquet s'ancrait alors dans l'esprit des dermatologistes et le groupe des tuberculides subissait des démembrements multiples. Pautrier dans son rapport au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française (Bruxelles, 1921) classe le lichen scrofulosorum dans la tuberculose cutanée franche.

Après les recherches mémorables de Fontès en 1910, de Vaudremer en 1922, une série de travaux en particulier, ceux de Ravaut, Cachera, Valtis, Nelis, Guerra, de Blasio, Van Deinsse s'efforcèrent de mettre en évidence le rôle du virus filtrant tuberculeux dans la production des tuberculides.

Tableau clinique.

Le lieu d'élection de cette dermatose est le tronc où elle couvre la poitrine, le dos et l'abdomen. Elle peut envahir les membres et il arrive même qu'elle ne siège que sur ces derniers, mais le cas est rare. Elle ne se voit guère au visage. Haushalter et J. Nervins Hyde sont peut-être les seuls qui l'aient observée.

L'élément du lichen scrofulosorum est une papule ; il en existe deux types principaux évoluant d'ordinaire sans prurit : la papule plane lichéniforme ressemblant à la papule du lichen plan et la papule acuminée périfolliculaire.

Papule plane lichéniforme : elle a ordinairement le volume d'une tête d'épingle, est peu saillante, polygonale, de couleur jaune pâle, quelquefois blanchâtre, plus rarement rouge bistre. La surface est lisse, brillante, ou plus souvent recouverte d'une squame peu adhérente. La consistance en est plutôt molle.

Papule acuminée périfolliculaire, type peut-être plus fréquent, elle est plus ou moins saillante, de couleur

rosée (moins accentuée que celle de la séborrhéide ou de la syphilide péripilaire), de consistance ferme ; l'orifice du follicule pileux est au sommet de la papule ; le poil peut être cassé au ras de cet orifice : dans certains cas cet orifice présente une pustule miliaire, dans d'autres cas il est fermé par un bouchon corné qui fait au-dessus de lui une saillie filiforme sèche de un à plusieurs millimètres.

L'ÉRUPTION.

Les papules périfolliculaires peuvent exister seules, plus souvent elles s'associent aux papules planes.

Habituellement elles constituent des groupes (moins nombreux que ceux des séborrhéides péripilaires, mais plus considérables que ceux des syphilides péripilaires) des amas nummulaires, des placards, des réseaux, des cercles ou segments de cercle centrés par une macule pigmentaire squameuse, vestige de papule antérieure.

Dans tous ces agglomérats, séparés par de très larges étendues de peau saine, chaque papule conserve son individualité, elle est tangente aux éléments voisins avec lesquels elle ne se fusionne pas.

III

Anatomie pathologique.

La structure des papules du lichen scrofulosorum est celle du tubercule miliaire. Autour du col du follicule pileux, c'est-à-dire immédiatement sous l'épiderme il se forme un amas limité qui comprend des cellules géantes, épithélioïdes et lymphatiques et ne contenant que rarement des vaisseaux sanguins. La glande sébacée peut être intacte ou détruite. Par exception ces amas siègent sous l'épiderme, hors des follicules pilo-sébacés.

Les lésions n'intéressent que secondairement le corps papillaire ; elles se propagent en suivant le trajet des vaisseaux, surtout des lymphatiques. Comme Jacobi et Sack l'avaient remarqué, il y a peu de tendance à la caséification, cependant celle-ci a été observée.

IV

Etiologie clinique.

Selon Hebra, les sujets atteints de lichen scrofulosorum sont des scrofuleux dans la proportion de 90 % des cas ; et après lui des auteurs comme Vidal, Kaposi, Dürhing, Lesser s'accordent à dire que cette affection se rencontre presque toujours, sinon toujours chez des individus ayant présenté antérieurement ou présentant simultanément des tares scrofuleuses. Ce sont tantôt des engorgements ganglionnaires au cou, à l'aîne, aux aisselles ; tantôt des gommès et des ulcérations tuberculeuses de la peau, des suppurations osseuses, le lupus vulgaire, la tuberculose verruqueuse, ou bien des cicatrices cutanées, vestiges de ces diverses affections. Quand toutes ces lésions font défaut, ce qui est bien rare, on peut trouver, dit Lesser, une tuberculose pulmonaire à évolution lente et torpide, mais la présence de cette dernière paraît être peu commune. Hebra ne l'a jamais rencontrée dans le lichen scrofulosorum.

Cette éruption se montre après une maladie infec-

tieuse aiguë telle que l'érysipèle, la scarlatine et surtout après la rougeole.

C'est une affection qui touche particulièrement l'enfance. Hebra dit qu'elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Le lichen scrofulosorum a été rencontré partout, mais non pas avec une égale fréquence. Il est beaucoup plus répandu en Allemagne qu'en France.

Diagnostic.

Le lichen scrofulosorum se distingue du lichen plan par le siège, la disposition circinée, la longue durée de ses papules au prurit médiocre ou nul et par la constitution scrofuleuse du sujet.

L'acné se localise surtout à la face et à la partie supérieure du tronc. Elle est très rare sur les membres. Ses éléments ont une évolution plus rapide.

L'acné des cachectiques apparaît surtout sur le tronc et vers les extrémités. Elle est formée de papulopustules livides, violacées et laisse de petites cicatrices. Son évolution est des plus lente. Elle est souvent associée au lichen scrofulosorum et on la regarde elle-même comme une tuberculide.

Quand l'eczéma papuleux forme des groupes arrondis il y a quelque ressemblance avec le lichen scrofulosorum, mais cet eczéma n'a pas une localisation si caractéristique, ses squames sont plus épaisses et elles se mélangent avec des croûtelles car l'affection devient habituellement vésiculeuse. Enfin, le prurit y est très marqué.

Le pityriasis rubra pilaire maladie relativement rare dans ses formes complètes, assez fréquente dans ses

cas frustres, simule dans une certaine mesure le lichen scrofulosorum. Cependant l'éruption est plus diffuse, les papules sont plus squameuses, et certains éléments siègent sur la face dorsale des doigts, de plus il y a une rougeur et une desquamation (pityriasis rubra) diffuses sur tout le corps avec plaques adhérentes aux coudes et aux genoux.

Les syphilides lichenoïdes en groupe, présentent de petites papules dures, brillantes, disposées en lignes circulaires et fréquemment localisées aux plis articulaires. Leur couleur est d'un rouge de jambon et les squames dont elles sont couvertes ne sont pas centrales, mais périphériques. On voit souvent entre ces éléments d'autres papules plus volumineuses et caractéristiques de la syphilis. En cas de syphilis il y a d'autres manifestations spécifiques et en cas de lichen scrofulosorum d'autres manifestations scrofulo-tuberculeuses. Enfin, l'examen du sang pourra toujours venir lever les doutes.

Cependant il n'en reste pas moins vrai que c'est là le diagnostic différentiel qui est le plus malaisé. D'ailleurs pour certains auteurs comme Milian, Bonnet, les syphilides licheniennes s'observeraient exclusivement chez des tuberculeux comme si le terrain bacillaire favorisait cet aspect lichenien des lésions. Une observation recueillie dans le Service du Professeur Bureau semble précisément devoir confirmer cette théorie. Nous l'exposons plus loin en essayant de comprendre ce rapport de la tuberculose et de la syphilis.

VI

Evolution et Pronostic.

Les éléments du lichen scrofulosorum apparaissent insidieusement, se développent, restent stationnaires pendant des mois ou des années, disparaissent sans laisser de trace ou sont suivis d'une petite cicatrice blanche ou pigmentée. L'évolution est beaucoup plus lente que celle des séborrhéides péripilaires et la récédive est toujours possible.

Affection siégeant hors des régions exposées aux regards, non douloureux, non prurigineux, le lichen scrofulosorum ne préoccuperait guère le malade, mais il tire tout son intérêt de ce qu'il extériorise un processus tuberculeux latent, souvent bénin, mais non négligeable.

VII

Pathogénie.

Dès que Darier en 1900 eut créé son groupe des tuberculides, sa conception fut vivement combattue, car l'argument histologique faisait défaut (à côté d'un tissu soit-disant spécifique on trouvait bien souvent des lésions d'allure inflammatoire banale).

Il apparut évident, que malgré la proche parenté de ces dermatoses ainsi groupées par Darier on manquait d'un critère unique d'ordre pathogénique qui seul pouvait scientifiquement justifier cette classification nouvelle. Diverses théories s'employèrent alors à suppléer à ce défaut.

a) THÉORIE TOXINIQUE DE HALLOPEAU

Hallopeau approuvé par Boeck, Klingmuller, émit l'hypothèse que les tuberculides ne sont pas causées par les bacilles de Koch mais par leurs toxines.

Cette façon de voir permettait de comprendre l'échec presque constant auquel aboutissait la recherche du bacille dans les lésions. Et cette théorie cadrerait bien

avec le caractère relativement éphémère des tuberculides et leur évolution par poussées. Bientôt des observations furent signalées (Schwenninger) où à la suite d'une injection de tuberculine on vit se produire des éruptions en tout point semblables aux dermatoses en question.

N'était-il pas séduisant d'expliquer l'apparition des tuberculides par un poison circulant dans le sang, poison analogue à la tuberculine ?

b) THÉORIE BACILLAIRE DE HAURY

A la théorie toxique, Haury et Darier opposèrent la théorie bacillaire selon laquelle les tuberculides seraient dues à des bacilles atténués, infiniment peu virulents et qui succombent promptement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire ou bactéricide des tissus envahis.

Cette doctrine défendue par Leredde Zollikoffer, Jadassohn, s'appuyait sur ce fait, laissé inexpliqué par les partisans de la théorie toxique, que dans certains cas, rares il est vrai, on réussit pourtant à découvrir le bacille soit par le microscope, soit par inoculation à l'animal.

Objections à ces deux théories.

La théorie toxique ne résiste pas à la critique.

1^o On ne connaît au bacille tuberculeux aucune exotoxine (ni dans ses cultures, ni dans l'organisme).

2^o Jamais on n'a pu reproduire les lésions avec la

tuberculine ni chez l'homme, ni chez l'animal (Riehl, Neisser). L'observation que cite Hallopeau (apparition de lichen scrofulosorum à la suite d'une injection sous-cutanée de tuberculine) doit être interprétée différemment, la tuberculine n'a pas créé la lésion, elle a été seulement la cause déclenchante sur un organisme préparé antérieurement.

3^o Enfin on retrouve parfois le bacille tuberculeux par coloration directe dans des coupes de tuberculides et surtout on arrive très souvent par inoculation à tuberculiniser le cobaye.

La théorie des bacilles atténués ou même morts, ou mieux encore des débris bacillaires est en contradiction avec ce fait que par inoculation on détermine chez l'animal des réactions fortement positives, parfois des tuberculoses généralisées. Il ne s'agit donc pas de bacilles morts ou très atténués, prêts à mourir. De plus l'essai de reproduction expérimentale des tuberculides avec des bacilles atténués a toujours été négative.

c) THÉORIE DE L'ALLERGIE.

En 1913 Jadassohn émit l'hypothèse qu'il n'est pas nécessaire que les bacilles soient morts ou atténués mais que la dermatose peut être parfaitement déclenchée par des bacilles virulents chez des sujets sensibilisés par une infection antérieure. Les tuberculides sont dues à une réaction défensive, destructive de l'embolie bacillaire chez un individu en état d'immunité. Ainsi apparaît la notion d'allergie : un

organisme infecté ne réagit pas à une nouvelle atteinte de la même façon qu'un organisme neuf. Les expériences de Gougerot et Laroche qui réussissaient à reproduire le lichen scrofulosorum sur la peau épilée du cobaye semblaient confirmer cette façon de voir. En effet ces auteurs reproduisaient expérimentalement l'affection mais à condition seulement qu'ils opèrent sur des sujets déjà infectés antérieurement. Ainsi les tuberculides résulteraient d'un conflit antigène, anticorps. L'organisme s'efforcerait par ses anticorps préexistants de détruire l'antigène apporté sous forme de bacilles virulents. Ainsi s'expliquerait la tendance spontanée à la guérison, l'évolution de l'affection par poussées avec alternative d'amélioration et de recrudescence selon que dans la lutte triomphe l'anticorps ou l'antigène. Ainsi comprendrait-on pourquoi les bacilles détruits ne sont plus retrouvés à l'examen des coupes.

Mais on peut faire alors à cette théorie la même critique qu'à la théorie des bacilles atténués ou morts : comment ces bacilles tués peuvent-ils tuberculiser l'animal ?

Théorie du virus filtrant.

A partir de 1910 les travaux de Fontès, Hauduroy, Bezançon, Vaudremer, Calmette, Valtis, réussirent à mettre en évidence la présence dans les filtrats de produits tuberculeux (cultures ou lésions pathologiques) d'un élément qui quoique invisible et non cul-

tivable produisait cependant, chez le cobaye une tuberculose spéciale. On n'obtenait pas une tuberculose type Villemin avec chancre d'inoculation, adéno-pathie correspondante, tuberculose de la rate, mais des lésions ganglionnaires discrètes, macroscopiquement invisibles et contenant pourtant soit dès la première inoculation, soit après un ou deux passages au cobaye du bacille de Koch authentique.

Ravaut étudiant spécialement les rapports de l'ultra virus et des tuberculides, retrouva la présence de cet élément dans le sang des sujets atteints, non seulement au cours des poussées mais encore durant les périodes de latence de la dermatose. C'est ainsi qu'il put le mettre en évidence huit mois après la disparition des lésions cutanées. Pautrier poursuivant ces recherches les trouve positives dans un nombre si important de cas qu'il écrit : on en arrive bientôt à se demander si l'homme bien portant n'est pas un tuberculeux qui s'ignore.

Ainsi l'existence du virus filtrant et sa présence dans le sang et les lésions des malades atteints de tuberculides étant bien mise en évidence, nous expliquerons facilement les faits expérimentaux qui contredisent les autres théories.

1^o Puisqu'il s'agit d'une forme invisible il est normal que les recherches directes du bacille au microscope se trouvent négatives d'une façon presque absolue. On pourrait admettre que très rarement l'ultra virus tuberculeux arrivant à la forme ultime de son cycle évolutif : le bacille acido résistant, on puisse

alors parfois le retrouver par coloration directe. Nous verrons plus loin qu'on peut expliquer ce fait d'une façon plus satisfaisante.

2° Puisqu'il s'agit d'une forme virulente il est normal que par inoculation on réussisse à tuberculiniser l'animal.

Voyons maintenant de quelle façon on peut concevoir l'intervention du virus filtrant dans la genèse des tuberculides : les données expérimentales et cliniques sont d'accord pour admettre que les tuberculides ne se développent que très rarement chez des phtisiques avancés ; on se trouve le plus souvent en présence de scrofuleux à tuberculose torpide, à lésions plus ou moins latentes qu'il faut parfois rechercher systématiquement pour les dépister. De même la tuberculisation antérieure profonde de l'animal n'est pas favorable à la naissance des tuberculides (Gougerot et Laroche), au contraire l'augmentation de sa résistance obtenue par lécithinisation, en favorise l'éclosion.

Or, il ressort des expériences d'Arloing et Thévenot que l'ultra virus tuberculeux inoculé à plusieurs reprises et dans certaines conditions peut conférer au cobaye une résistance manifeste vis-à-vis du bacille tuberculeux acido résistant même très virulent. Les expériences de Calmette, Valtis, Bocquet et Nègre confirment ces conclusions. Vaudremer a constaté que les animaux qui ont survécu à l'injection intra-veineuse des éléments filtrables du bacille de Koch, présentent deux mois plus tard une forme de résis-

tance très particulière à l'inoculation d'une dose massive de bacilles tuberculeux humains virulents.

Ainsi il ressort de ces divers travaux que le virus filtrant tuberculeux est retrouvé dans les lésions ou dans le sang des malades atteints de tuberculides, que ce virus confère à l'organisme une résistance certaine à une infection ultérieure par des bacilles virulents ; or, il est démontré expérimentalement et il ressort de l'observation clinique journalière que cette résistance est précisément un facteur favorable à l'éclosion des tuberculides. On peut donc penser que le virus filtrant intervient en préparant le terrain, en créant un état spécial d'allergie favorable à l'apparition des tuberculides. On retrouve ainsi la théorie chère à Jadassohn mais en expliquant l'allergie par le virus filtrant on réfute les objections qu'on pouvait faire à cette doctrine : le virus filtrant virulent tuberculinise le cobaye ; parfois pourtant dans la lutte entre les bacilles virulents et les anticorps du terrain un de ces bacilles échappe à la destruction et on le retrouve à l'examen direct au microscope. Et sur ce terrain ainsi préparé non seulement le bacille, mais une injection de tuberculine, la mise en liberté dans le sang d'histamine ou de substances analogues sous l'influence de rayons ultra violets (Ferrari) peuvent jouer le rôle d'antigène.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Personnelle.)

M^{me} L..., âgée de 58 ans, est envoyée à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1939 pour éruption siégeant sur le tronc.

Antécédents personnels. — La malade présente depuis son enfance une tendance très nette aux affections respiratoires : bronchites fréquentes, toux rebelle chaque hiver. Mariée elle a eu 13 grossesses dont 5 fausses couches. 8 enfants nés à terme dont 3 sont morts en bas âge.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de lésions pulmonaires que la malade ne peut préciser.

Examen général. — Rien à signaler sauf à l'auscultation quelques râles de bronchites disséminés.

Histoire de la maladie actuelle. — Il y a 8 mois apparition de gommes bacillaires dans les régions sus-claviculaire et sous-maxillaires droites. Depuis ces gommes se sont ulcérées.

Deux mois après, apparition dans la région dorsale d'une éruption qui a depuis progressé et évolué par poussées.

L'éruption. — Elle est formée de petites papules, arron-

dies, jaune pâle, de la grosseur d'un grain de millet. La plupart sont recouvertes d'une squame.

Ces éléments sont disposés en groupes circulaires de un demi à un centimètre de diamètre, chaque groupe étant formé de plusieurs rangées concentriques de papules, celles-ci restant toujours isolées individuellement.

L'éruption qui a débuté dans la région dorsale, couvre actuellement tout le tronc, aussi bien la poitrine que la région dorsale supérieure ; cependant les éléments sont surtout nombreux à la partie supérieure du tronc ; sur l'abdomen on voit surtout des éléments isolés. L'éruption tend à gagner actuellement les membres où on voit quelques papules disséminées aux bras et aux cuisses.

En présence de cette éruption, suivant à peu d'intervalle l'apparition de gommes tuberculeuses, on porte le diagnostic de *Lichen scrofulosorum*.

Biopsie. — On pratique deux biopsies sur lesquelles on voit nettement l'orifice du follicule pileux centrant une infiltration cellulaire dense du tissu conjonctif voisin. On ne retrouve pas de cellules géantes. Absence de bacille de Koch.

Examen de sang. — Le Bordet-Wassermann est négatif.

Le diagnostic du lichen scrofulosorum est donc confirmé.

Inoculation aux cobayes. — Le 21 octobre, on inocule deux cobayes l'un avec le sang de la malade, l'autre avec du pus provenant des ganglions.

CONSIDÉRATIONS : L'apparition du lichen scrofulosorum survenant deux mois après l'apparition de gommes tuberculeuses cadre bien avec notre théorie : sur un terrain tuberculeux, décharge de bacilles donnant d'une part des gommes, d'autre part l'éruption

de lichen. Malheureusement nous n'avons pu avoir le résultat de l'inoculation aux cobayes qu'il était encore trop tôt pour sacrifier. Il aurait cependant été intéressant, après avoir constaté l'absence de bacille de Koch dans les lésions, de retrouver à l'autopsie de l'animal des lésions tuberculeuses confirmant la présence du virus filtrant.

OBSERVATION II.

(Personnelle.)

Nadia G..., 26 ans, fille publique, est amenée par la police à l'Hôtel-Dieu car elle est accusée de contaminations syphilitiques multiples.

Antécédents. — A 18 ans, la malade est entrée dans un sanatorium de Berck pour lésions pulmonaires. Elle y a fait un séjour de 2 ans. A 21 ans, sont apparues dans la région sous-maxillaire gauche des gommes tuberculeuses qui se sont ulcérées dans la suite et qui ont laissé des cicatrices assez importantes.

A 22 ans, la malade, enceinte, est entrée à l'Hôtel-Dieu, et on a constaté à ce moment qu'elle avait contracté la syphilis. On l'a depuis soigné régulièrement et on a réussi à la négativer rapidement.

Examen. — La malade présente actuellement un bon état général, et on ne trouve rien de particulier à l'examen sauf :

A l'inspection on remarque que la malade présente, sur la poitrine, le dos, la partie supérieure des bras une éruption caractérisée par de petites papules, rondes, rougeâtres, rassemblées en cercles concentriques. Beaucoup de ces élé-

ments présentent une petite squame, et au toucher ils donnent une sensation parcheminée. Cette éruption, dit la malade, est apparue il y a un mois.

Diagnostic. — Etant donné l'aspect des lésions, et les antécédents bacillaires de la malade, notre maître, le professeur Yves Bureau hésite entre le diagnostic de lichen scrofulosorum et celui de syphilides lichéniennes auxquelles peuvent faire penser les antécédents Σ , et les contaminations récentes.

On pratique un examen de sang qui donne les résultats suivants :

Wassermann.....	}	++++
Hecht		
Jacobsthal		
Kahn		++++
Vernes		94

On porte donc le diagnostic de syphilides lichéniennes.

CONSIDÉRATIONS : Ce cas est intéressant car :

1° Il montre la difficulté de diagnostic entre le lichen scrofulosorum et les syphilides lichéniennes, qui présentent parfois de telles similitudes que seules l'examen de sang peut trancher la question ;

2° Nous nous trouvons en présence d'une malade à la fois bacillaire et syphilitique et ce cas vient à l'appui des théories qui pensent que les syphilides lichéniennes se développent toujours en terrain bacillaire ;

3° Si on admet ces théories, si on admet que le terrain a été préparé par le virus filtrant tuberculeux,

on pourrait considérer le tréponème comme l'antigène déclanchant la syphilide lichénienne de la même façon que le bacille de Koch déclanche le lichen scrofulosorum. On arrive ainsi à concevoir une étroite parenté des deux lésions qui explique les similitudes si grandes qu'elles présentent.

OBSERVATION III.

Sur un cas de lichen scrofulosorum provoqué par des applications de rayons ultra-violets (Ferrari, *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, février 1933).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, ayant des antécédents syphilitiques probablement héréditaires avec réactions sérologiques positives, mais cet homme avait aussi des antécédents de tuberculose, pulmonaire, osseuse et cutanée, notamment au niveau de la partie moyenne de la jambe sur une cicatrice d'intervention chirurgicale antérieure pour des lésions de tuberculose osseuse. Il persistait à ce niveau une petite plaie recouverte de croûtes si bien que le malade se résolut à demander un traitement. On lui conseilla les rayons ultra-violets.

A la suite d'une irradiation il apparut sur le thorax et sur les flancs, jusqu'à la racine des cuisses et particulièrement sur l'abdomen une éruption micropapuleuse folliculaire à disposition linéaire et en groupe.

L'examen histologique démontra une structure nettement tuberculeuse avec cellules géantes, cellules épithélioïdes, lymphocytes. La cuti-réaction était positive. Il s'agissait d'un lichen scrofulosorum et on élimina les syphi-

lides lichénoïdes auxquelles les antécédents spécifiques auraient pu faire penser.

CONSIDÉRATIONS : L'éruption apparaît à distance du point où étaient appliquées les irradiations, elle ne peut donc pas être expliquée par l'action directe des rayons ultra-violet. L'auteur explique l'apparition de la dermatose par la mise en liberté de la part de l'épithélium enflammé d'histamine ou de substances analogues qui déversées, dans la circulation, agiraient électivement sur des lésions inapparentes anatomiquement mais préconstituées. Il rappelle les travaux de Capelli qui a révélé par l'examen histologique des lésions cliniquement invisibles sur des points où la peau paraissait indemne.

Cette observation cadre bien avec notre théorie, il nous manque malheureusement la recherche du virus filtrant dans le sang ou les lésions.

Nota : Nous pouvons rapprocher de cette observation celle de Rosenbaum (*Arch. für Dermatol. u. Syphilis*, 131 : 50, 1921). Elle concerne un sujet scrofuleux dont les ganglions hypertrophiés étaient soumis à l'action des rayons ultra-violet et qui présenta tout à coup une éruption de lichen scrofulosorum typique.

OBSERVATION IV.

Margarot et Devèze. — Granulémie avec lichen scrofulosorum et tuberculides papulo-nécrotiques précédant de volumineuses adénopathies bacillaires.

P. J..., mécanicien, mutilé de guerre, entre à la Clinique de Dermatologie de Montpellier le 9 mai 1934 pour éruption généralisée remontant à quelques jours mais il est malade depuis plusieurs années.

En 1917 évacué des armées pour gelure du gros orteil droit, puis quelques mois plus tard pour blessures multiples par éclatement d'obus. En 1918 hospitalisé pour bronchite du sommet droit. A partir de ce moment mauvais état général. Abscess froid de la fosse iliaque droite.

En 1919, tumeur blanche du genou gauche, ponction d'un liquide séro-purulent. Une ostéite du grand trochanter donne un abcès dont on retire 250 cc. de pus.

Ces différentes manifestations tuberculeuses guérissent et l'état général est satisfaisant pendant trois ou quatre ans.

A partir de mars 1924, apparaissent une asthénie progressive, des douleurs fugaces au niveau des anciennes blessures et surtout au niveau du genou droit et de la nuque.

Au début de mai, des éléments éruptifs apparaissent sur le front, puis les pommettes : papules larges à bords grenus, rose terne, à centre déprimé, livide. En 4 à 5 jours, généralisation de l'éruption coïncidant avec frissons et température entre 37°5 et 38°. Pouls ralenti à 60. Accentuation des douleurs articulaires.

L'éruption est très marquée dans le dos, discrète en avant et sur les membres. Elle est formée de papules coniques, rose pâle, à sommet grisâtre et squameux. Certaines sont isolées, la plupart sont groupées en amas nummulaires à bords grenus, à centre déprimé. Ni prurit, ni douleur spontanée. On porte le diagnostic de lichen scrofulosorum.

En même temps une tuméfaction douloureuse de la face latérale gauche du cou révèle une adénite d'apparition récente. On trouve aussi de petits ganglions mobiles indo-

lents, à la nuque, dans l'aîne et au-dessus de l'épitrachlée.

Le Hecht et Wassermann sont négatifs. Une hémoculture se montre stérile.

Deux cobayes reçoivent 5 cc. de sang dans le péritoine, ils meurent rapidement. A l'autopsie on ne découvre aucune lésion tuberculeuse.

Deux autres cobayes reçoivent 10 cc. de sang dans la peau de l'abdomen. Le premier meurt en 7 jours, aucune lésion ; le deuxième survit deux ans mais à l'autopsie on trouve une grosse rate, congestionnée, farcie de granulations dans lesquelles on retrouve de nombreux bacilles de Koch.

Le 18 mai 1924, l'éruption a pâli, l'état général est bon, mais il existe une fièvre oscillant entre 38° et 38°5. Les ganglions cervicaux ont augmenté de volume. Au bras gauche apparaît un abcès froid au point où est resté un petit éclat d'obus. Au début de juin, augmentation rapide des ganglions cervicaux avec, à gauche, un peu de ramollissement. Le malade est essoufflé, la radiographie met en évidence une énorme adénopathie trachéo-bronchique.

Le 21 juin une intra-dermo-réaction, pratiquée avec une dilution au 1/10.000^e de tuberculine brute de l'Institut Pasteur, donne une réaction locale très nette. Le 4 juillet, une ponction de l'adénite cervicale donne un pus grumeleux, mal lié qui montre la présence de bacille de Koch à l'examen direct.

Deux cobayes, inoculés avec ce pus, succombent l'un trois mois, l'autre six mois après avec des lésions tuberculeuses où l'on retrouve le bacille de Koch. L'éruption cutanée a disparu, remplacée par des élevures pustulo-papuleuses de siège folliculaire.

CONSIDÉRATIONS : L'histoire clinique est dominée par la facile mobilisation du germe tuberculeux sous forme de poussées septicémiques aboutissant à des localisations multiples.

Plusieurs faits sont à souligner :

1^o Impossibilité de mettre en évidence dans le sang des formes acides résistantes du bacille de Koch ;

2^o Pourtant ce sang est virulent puisqu'il a tuberculisé le cobaye ;

3^o Consécutivement à l'éruption apparaissent de volumineuses adénopathies dans lesquelles on retrouve le bacille de Koch ;

4^o Une intra-dermo-réaction à la tuberculine donne une réaction locale très nette.

Ainsi on peut admettre la présence du virus filtrant dans le sang, et on peut concevoir que le bacille de Koch en même temps qu'il donnait des adénopathies, des manifestations osseuses, jouait dans la peau le rôle d'antigène générateur du lichen scrofulosorum, de même on peut envisager du même point de vue le rôle de l'injection de tuberculine.

OBSERVATION V.

Pautrier et M^{lle} Bruckmann. — Lichen scrofulosorum coexistant avec un mal de Pott, des arthrites bacillaires, une kératite bilatérale avec iritis et de nombreuses adénopathies.

Eliane W..., 16 ans, vient consulter pour une poussée de lichen scrofulosorum. Jusqu'alors elle n'avait présenté au-

cune lésion cutanée mais elle a un passé bacillaire chargé. Elevée jusqu'à deux ans par sa grand'mère porteuse de lésions évolutives du poumon. A deux ans et demi Pott dorso-lombaire qui, traité pendant quatre ans, laisse une cypho-scoliose.

A cinq ans, arthrite du cou-de-pied d'origine tuberculeuse suivie d'ankylose en pied bot varus mais corrigée ensuite. En même temps que le Pot diminution de l'acuité visuelle avec lésions qui se stabilisent après 5 ou 6 ans. En mars 1937, nouvelles poussées oculaires ; à ce moment kératite bilatérale avec iritis ancienne. C'est alors que se produit l'éruption cutanée.

La jeune fille qui entre dans le Service le 16 avril est chétive, mal développée, de taille inférieure à la normale, non encore réglée, déformée par la séquelle de son mal de Pott. Outre les lésions oculaires et osseuses, on remarque des adénopathies généralisées et des lésions cutanées. Celles-ci occupent la face interne des cuisses, le pubis, les hanches, le tronc, surtout les régions dorsales et lombaires. Ce sont des placards, violacés et jaunâtres, non infiltrés, desquamants, formés par la confluence de lésions péripilaires minuscules.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine au 1/5.000^e est fortement positive et semble accroître les lésions du tronc. Le 27 avril 1937, on pratique une biopsie qui confirme le diagnostic de lichen scrofulosorum.

Nous nous trouvons donc en présence d'un organisme sensibilisé par une infection tuberculeuse antérieure. Il est intéressant de remarquer l'accroissement des lésions provoqué par l'intradermo-réaction à la tuberculine.

OBSERVATION VI.

Milian et Périn. — Lichen scrofulosorum apparu le lendemain d'une injection de vaccin de Jousset chez une enfant de trois ans atteinte d'ostéite tuberculeuse de la face.

Enfant M..., âgé de 3 ans, entré pour :

1^o abcès froids : deux abcès symétriques des joues ;

2^o fistules multiples avec cicatrices chéloïdiennes au niveau de la paupière inférieure gauche, de la région malariale gauche, de la branche montante du maxillaire inférieur gauche, de la joue droite, de la branche montante du maxillaire inférieur droit ;

3^o déformation de la racine du nez (nez en dos d'âne) avec collection due à une ostéite suppurée sous-jacente.

Rien d'autre à signaler à l'examen. Le Bordet-Wassermann est négatif, la cuti est positive. La température oscille entre 37° et 38°2. On institue le traitement suivant: injection de 1/3 de cc. de vaccin de Jousset. La température monte à 39° et le lendemain apparaît une éruption généralisée de papules folliculaires rougeâtres, type lichen scrofulosorum.

On pratique une biopsie qui montre des cellules géantes, on ne retrouve pas de bacille de Koch.

On pratique une deuxième injection, la température monte à 40°5, l'éruption reparaît.

Lors d'une troisième injection on a encore une température à 40°5 et il se produit une desquamation lamellaire au niveau de l'éruption.

Là encore nous avons un terrain préparé par l'infection tuberculeuse antérieure. Nous pouvons admet-

tre que l'injection de vaccin de Jousset a joué le rôle d'antigène. Il est intéressant de noter l'absence de bacille de Koch dans les lésions.

OBSERVATION VII.

Milian-Hartmann-Marceyron. — Lichen scrofulosorum avec lésions oculaires tuberculeuses. Injection de tuberculine ayant provoqué une vive réaction.

Il s'agit là d'un cas dont l'étiologie tuberculeuse ne peut être mise en doute. Cette éruption typique s'est révélée il y a 7 ans alors que le malade était âgé de 8 ans et a, depuis, procédé par poussées. On est en présence d'un malade ayant un mauvais état général et des stigmates d'imprégnation tuberculeuse.

a) un ganglion carotidien volumineux datant de deux mois ;

b) diminution de la respiration au sommet droit ;

c) albuminurie découverte à son arrivée et qui semble rentrer dans le cadre des albuminuries cycliques ;

d) une lésion oculaire.

Sa mère et un oncle paternel sont également porteurs de ganglions tuberculeux. Par ailleurs on trouve des stigmates d'hérédo-syphilis : malformations dentaires, absence des deux incisives latérales supérieures ; le Bordet-Wassermann est négatif. La lésion oculaire est indubitablement de nature tuberculeuse : nodules iriens qui sont de véritables petits tubercules, avec cyclite, et précipités à la face postérieure de la cornée. Il existe des synéchies iriennes et quelques exsudats avec dépôts de pigments sur la cristalloïde antérieure. Quelques nodules conjonctivaux.

La réaction à la tuberculine est positive.

2 avril : cuti très nettement positive avec bulles et croûtelles.

5 avril : Injection sous-cutanée d'un milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur. La température monte à 39°3, le pouls est à 116, le malade a des sueurs abondantes et il apparaît une large auréole rouge au niveau de la piqûre. Le lendemain réaction focale autour des éléments qui doublent ou triplent de volume et apparition autour d'eux d'une vaste nappe rouge. De même il y a extension de l'œdème et de la congestion conjonctivale de l'œil atteint.

Nous pouvons rapprocher cette observation de celle de Pautrier : accroissement des lésions par injection de tuberculine.

OBSERVATION VIII.

Paul Ravaut et Cachera. — Contribution à l'étude des réactions secondes de la peau, lichen scrofulosorum et eczéma scrofulosorum de Bazin à évolution chronique guéris par l'antigène de Vaudremer. Présence de l'ultra virus tuberculeux dans le sang du malade.

B... Pierre, 27 ans, tourneur sur bois, entre à Saint-Louis le 30 octobre 1930 pour dermite généralisée évoluant depuis 6 mois. Aucun antécédent personnel ou héréditaire intéressant.

Les lésions cutanées sont disséminées mais différentes. A la face, au front, aux joues, sur les bras et les jambes lésions d'eczéma très prurigineuses. Sur le thorax placards d'éléments que nous rattachons au lichen scrofulosorum.

L'état général est bon. On note la présence de ganglions dans les aines et les aisselles ; l'examen clinique et radiographique du pounion est négatif ; l'intra-dermo-réaction à la tuberculine est positive.

Pendant un mois : autohémothérapie, calomel, pommade à l'ichtyol. Aucun résultat.

Le 15 novembre, on pratique une injection intra-dermique de II gouttes d'antigène à base d'ultra virus tuberculeux préparé par Valtis ; grosse réaction locale et générale.

Au cours de 6 injections successives on a des réactions de plus en plus faibles et on obtient une amélioration des lésions. A la fin de janvier 1931 le malade sort de l'hôpital.

Le 25 avril, l'aspect n'a pas changé, on institue un traitement par injections intra-dermiques de vaccin de Vaudremer à raison d'une injection tous les quinze jours et en allant progressivement jusqu'à 2 cc.

Deux cobayes inoculés avec le sang de ce malade le 6 novembre et le 5 décembre 1931 sont sacrifiés les 15 et 25 décembre. Les ganglions du cou et des aines sont repassés en série à d'autres cobayes et au troisième passage on constate la présence de bacille de Koch dans les lésions ganglionnaires de deux d'entre eux.

En janvier 1932 le malade va bien, les lésions ont disparu au thorax et s'effacent sur les jambes ; le malade traité jusqu'en 1933 est guéri et la guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

Ainsi cette observation montre la présence dans le sang de l'ultra virus tuberculeux plus d'un an après la poussée éruptive. Il est intéressant aussi de noter l'action curative de l'antigène de Vaudremer.

TRAITEMENT

Hebra prescrivait l'huile de foie de morue, à la fois à l'intérieur, et en frictions à l'extérieur.

Hallopeau conseillait le même traitement.

Kaposi ordonnait une cuillerée à soupe matin et soir de la formule suivante :

Iode pur.....	15 centigrammes
Huile de foie de morue....	150 grammes

Les meilleurs résultats sont donnés par les arsénobenzènes à doses modérées, les antigènes et les vaccins tuberculeux. A l'Hôtel-Dieu de Nantes, le professeur Yves Bureau alterne les injections d'antigène méthylique et de sulfarsénol.

On aura recours comme médication générale à l'iode, à l'arsenic, à l'huile de foie de morue, aux glycérophosphates. On peut prescrire une cure thermique arsenicale.

On n'oubliera pas le rôle adjuvant d'une nourriture substantielle et variée, de l'héliothérapie, de la vie au grand air.

CONCLUSIONS

1° L'étiologie tuberculeuse du lichen scrofulosorum n'est pas douteuse. Elle est d'ailleurs admise universellement aujourd'hui.

2° Cependant la pathogénie de l'affection demeure discutée. Les différentes théories : théorie toxinique, théorie des bacilles atténués, des bacilles morts ou des débris bacillaires se heurtent à des objections irréfutables.

3° La théorie allergique de Jadassohn est séduisante, mais elle ne peut expliquer certaines constatations expérimentales (inoculations positives des cobayes).

4° La présence du virus filtrant tuberculeux a été constatée dans le sang des malades atteints de lichen scrofulosorum non seulement au cours des poussées de dermatose, mais encore dans l'intervalle de ces poussées et longtemps après la disparition des lésions.

5° En s'appuyant sur ce fait, sur des considérations cliniques, et sur des constatations expérimentales concernant le rôle du terrain et l'action du virus filtrant inoculé à l'animal, on peut admettre que

le virus filtrant est l'agent qui sensibilise l'organisme et le prépare à une réaction ultérieure. La théorie allergique ainsi conçue permet de faire face aux critiques qui pouvaient précédemment réfuter cette doctrine.

6^o Sur ce terrain ainsi préparé, le bacille de Koch, une injection de tuberculine, pourront jouer le rôle d'antigène dont la réaction sur l'anticorps préexistant aboutira aux lésions du lichen scrofulosorum.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Hallopeau.* — Sur la genèse du lichen scrofulosorum et d'autres tuberculides (S. F. D., 13 juillet 1899 ; A. d. D., juillet 1899, p. 648).
- Gaston et Paris.* — Dermatose para φ , lichénoïde et eczématiforme et tuberculides associées à des adénites cervicales φ (S. f. D., mai 1901 ; A. d. D., mai 1901, p. 972).
- Darier et Brissay.* — Tuberculides papulo-névrotiques transformées *in situ* en lichen scrofulosorum chez une fillette de 13 ans atteinte de φ osseuse et ganglionnaire (S. f. D., 6décembre 1906 ; A. d. D.-1906, p. 1075).
- Darier.* — Des tuberculides cutanées et des φ atténuées (Société d'études scientifiques sur la φ , mai 1905 ; Bulletin méd., 13 décembre 1905, p. 1125).
- Jeanselme.* — Les φ cutanées. I : Lupus nodulaire. II : Tuberculides (Revue internationale de Médecine et de Chirurgie, 10 sept. 1908, p. 323).
- Sandman.* — Tuberculides papulo-nécrotiques et lichen scrofulosorum (Société de Dermatologie de Stockholm, 16 décembre 1909).
- Urban.* — Lichen scrophulosorum, scrophuloderma und folliclis (Breslauer dermatologische Vereinigung, 19 mai 1909 ; D. C., août 1909, p. 348).
- Soloviev.* — 3 sortes de tuberculides chez la même malade ; lichen scrofulosorum du tronc, acnitis des jambes et folliclis des mains (Société russe de Syphiligraphie et de Dermatologie Tarnowsky. Saint-Pétersbourg, 16-21 janvier 1910).
- Civatte.* — Sur un cas de tuberculides. Lichen scrofuloso-

- rum et acné scrofulosorum, tentatives de reproduction expérimentale. Essai de vaccinothérapie (Volume jubilaire du Professeur Bardezzi. Livourne, 11, p. 91).
- Gougerot et Laroche.* — Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées. Les tuberculides expérimentales (Gazette des Hôpitaux, 27 janvier 1912, p. 141).
- Gougerot et Laroche.* — Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées. Les tuberculides expérimentales, démonstration de la nature bacillaire des tuberculides cutanées par la reproduction expérimentale des lésions sur la peau épilée du cobaye au moyen de simples frottis de cultures pures de B. K. (Gazette des Hôpitaux, 3 février 1912, p. 185).
- Nakajima.* — Demonstration von vier Fällen der Erythema induratum Bazin, tuberculiden und lichen scrophulosorum (Dermatologische gesellschaft in Tokyo, 1^{er} juin 1912 ; Japanische Zeitschrift für Dermatologie u. urologie, sept. 1912, p. 945).
- Barbaglia.* — Sopra il lichen scrofulosorum (G. J. M. V., 1919, n° 6, p. 473).
- Chalmers et Innes.* — Lichen scrofulosorum in Sudan (Journal of tropical medicine and Hygiene, 15 août 1919, p. 153).
- Chatellier.* — Sur la tuberculide licheniforme et nitida (A. d. D., oct. 1919, p. 1340).
- Klingmüller.* — Lichen scrophulosorum Mordwedtsch (Dermat. Vereinigung, Kiel, 27 nov. 1921).
- Fuhs.* — Lichen scrophulosorum (W. D. G., 23 mars 1922).
- Burnier et Rejsek.* — Un cas de tuberculides lichénoïdes (B. S. f. D., 15 janvier 1925, p. 24).
- Kiendl.* — Lichen scrophulosorum (Münchener dermatol. gesellsch., 30 janv. 1925).
- Pautrier.* — Lichen scrofulosorum remarquablement prurigineux et simulant le lichen plan (B. S. f. D., 1925, n° 6, R. S., 10 mai 1925, p. 132).

- Stillians.* — Lichen scrofulosorum (Chicago dermatol. Soc., 25 nov. 1925).
- Nobécourt, Boulanger, Pilet et Protet.* — Un cas de lichen scrofulosorum (Soc. de Pédiatrie, 15 juin 1926).
- Oliver.* — Lichen scrofulosorum (Chicago dermatol. Soc., 17 mars 1926).
- Pautrier.* — Nature et traitement des tuberculides (III^e Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. Bruxelles, 25-28 juillet, 1926).
- Remevofsky.* — Lichen scrofulosorum (W. D. G., 20 mai 1926).
- Goldschlag.* — Lichen scrophulosorum atypicus. Papulonekrotische tuberkulide (Zentralblatt. f. h. u. b. t., XXV, n^{os} 5-6, 5 déc. 1927, p. 282).
- Gate (J.), Massia (G.), Rousset (J.).* — Molluscum contagiosum et lichen scrofulosorum (Lyon médical, n^o 3, 20 janvier 1929, p. 70).
- Forme miliaire du molluscum contagiosum et lichen scrofulosorum (Soc. nationale de Méd. des Sciences médicales de Lyon, 27 juin 1928).
- Bottler.* — Lichenoides tuberkulid (Zentrabblatt f. u. geschlechtskr, XXXVIII, n^{os} 11-12, 20 oct. 1931, p. 736).
- Du Castel (J.).* — A propos d'un cas de lichen scrofulosorum (La Gazette médicale de Picardie, n^o 107, mai 1932).
- Isaac Moïse Fayner.* — Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculides (Thèse Paris, 1932).
- Pautrier (L. M.).* — Certains territoires cutanés possèdent-ils une capacité réactionnelle allergique particulière ? Le lichen scrofulosorum post-tuberculinique et les trichophytides périlaires sont-ils des réactiono allergiques ou habitées par un ultra-virus (Presse médicale, 40, 674-677). 27 avril 1932.
- Ferrari (A. V.).* — Sopra un caso di lichen scrophulosorum provocato da applicazioni di raggi ultravioletti (Dermosi filigrafo, 8 ; 61-68, fév. 1933).

- Ravaut (P.) et Cachera.* — Contribution à l'étude des réactions secondes de la peau, lichen scrofulosorum et eczéma scrofulosorum de Bazin à évolution chronique guéris par l'antigène de Vaudremer. Présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang (Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., 41, 130-135, janv. 1934).
- Pautrier (L. M.).* — Histologic lesions of intradermoreactions to tuberculin : etiology of posttuberculin lichen scrofulosus (Bull. Soc. f. dermat. et syph. Réunion dermat., 41, 1826-1838, déc. 1934).
- Negative results of serial inoculation of guinea pigs with fragments from positive tuberculin lichen scrofulosus (Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. Réunion dermat., 41, 1838-1841, déc. 1934).
- Montgomery (D. W.).* — Coincidence of lichen scrofulosorum with lupus erythematosus (Arch. dermat. syph., 34, 371-373, march 1935).
- Hallfy (H.).* — Diagnostic value of skin lesion tuberculid (lichen scrofulosis with hydarthrosis of Knee and tenosynovitis) (South M. J., 29, 460-462, may 1936).
- Nicolas (J.), Gate, Guilleret (P.) et Chanial.* — Tuberculidés papulonécrotiques et lichénoïdes des pieds (lichen scrofulosorum) (Bull. soc. franç. de Dermat. et Syph. Réunion dermat. Lyon, 43, 548, mars 1936).
- Vigne (P.), Laharde (M.) et Bonnet.* — Lichen scrofulosorum. Considerations pathogéniques (Marseille médical, 75^e année, n° 45, 15 février 1938).